DISSERTATION

N° 4.

SUR

LA PÉRITONITE,

CONSIDÉRÉE DANS SON ÉTAT AIGU;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 janvier 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR A.-X. BACQUA, de Bourbon-Vendée,

Département de la Vendée;

Bachelier ès-lettres.

Solâ observatione medicina crescit.

STOLL.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Suppléant.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs.	Messieurs.
Andral, *Examinateur.*	Gibert.
Arvers.	Gerdy.
Baudelocque, *Examinateur.*	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin, *Suppléant.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES

ET

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

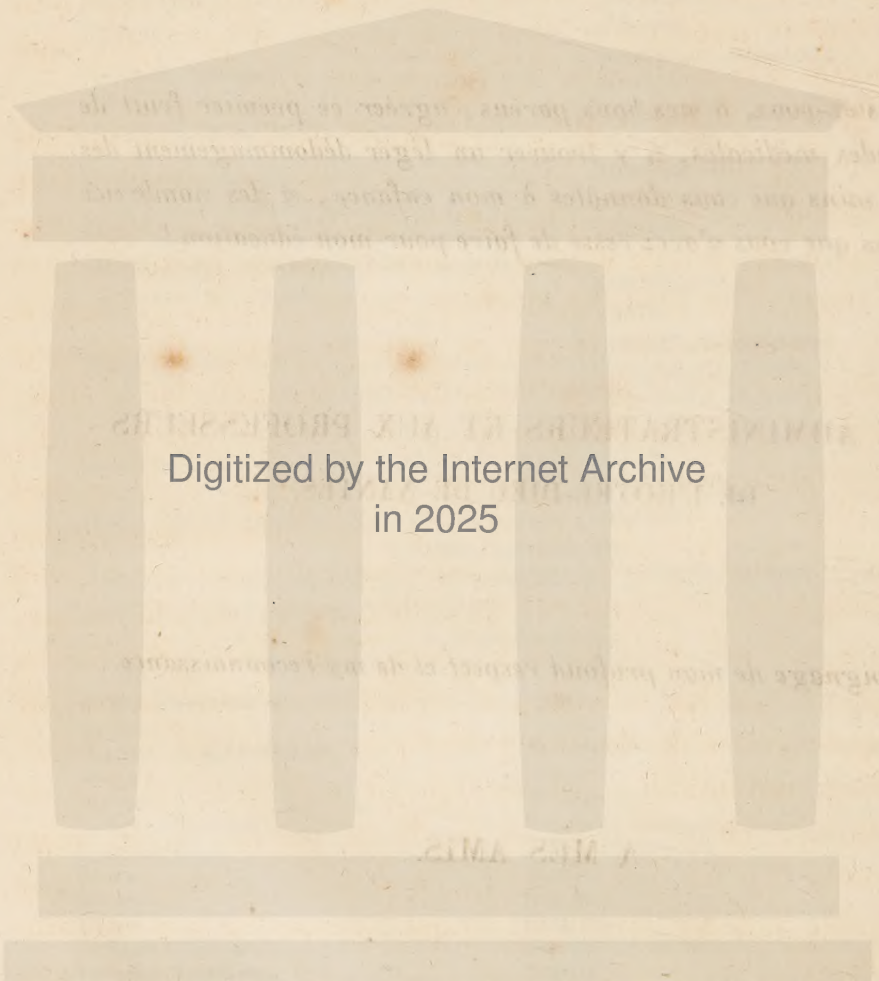
Puissiez-vous, ô mes bons parens, agréer ce premier fruit de mes études médicales, et y trouver un léger dédommagement des tendres soins que vous donnâtes à mon enfance, et des nombreux sacrifices que vous n'avez cessé de faire pour mon éducation !

AUX ADMINISTRATEURS ET AUX PROFESSEURS DE L'HÔTEL-DIEU DE NANTES.

Témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A MES AMIS.

A.-X. BACQUA.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0000vari_x1f3

INTRODUCTION.

La péritonite, qui fait le sujet de cette dissertation, est tellement importante, qu'on ne saurait la présenter assez souvent à la méditation des hommes de l'art.

Dans son histoire, que je vais essayer de tracer, après avoir passé rapidement en revue les opinions des auteurs, trop long-temps et si diversement mensongères, j'arriverai presque jusqu'à notre époque pour en bien connaître le caractère et le siége. Plus heureux alors, et mieux éclairé, j'aborderai avec franchise tout ce qui se rattache à cette intéressante phlegmasie : celle des enfans, moins rare qu'on ne le croit, méritera d'être notée avec soin. J'appelerai l'attention des observateurs sur les péritonites consécutives, jusqu'ici mal étudiées, souvent méconnues, ou tout du moins à peine indiquées dans les livres. Je serai aussi naturellement conduit à comparer cette maladie chez l'homme et chez la femme, pour en bien saisir les différences, juger avec précision les rapports qui les unissent, et en apprécier toute la gravité. J'apporterai alors le plus grand soin à analyser les phénomènes redoutables qui conduisent trop souvent tant de femmes, jeunes encore et devenues mères, à une mort cruelle. En un mot, pour ne rien oublier d'important, et étudier avec méthode tout ce qui a rapport à la péritonite, j'exposerai successivement ses causes, son invasion, ses symptômes, sa marche, sa terminaison, ses nombreuses com-

plications, son diagnostic, son prognostic, les lésions de tissus et leur siége, enfin le traitement le plus souvent énergique qu'elle réclame. Telle est la marche que je me propose de suivre dans mon travail. Malgré mes efforts, je serai peut-être entraîné au-delà des limites que je me suis imposées; mais je ne croirai pas mériter de reproches, et l'on me pardonnera si je n'ai montré que du zèle.

Maintenant, prêt à aborder mon sujet, je sens davantage combien ma tâche est difficile à remplir; et je devrais sans doute, en envisageant mieux son importance, laisser à une main plus exercée le soin d'en embrasser toute l'étendue. Mais il me fallait choisir un sujet pour mon dernier acte probatoire; et, malgré moi, je l'avouerai, j'ai été entraîné à préférer une maladie qui prouve avec tant de vérité l'étroite union de la médecine et de la chirurgie : car, enfin, malgré quelques incrédules, nous ne devons plus voir dans cette division, que repousse toute raison, qu'une preuve d'ignorance ou de mauvaise foi, qui n'a fait que trop de victimes.

En terminant cette introduction, j'aime à témoigner publiquement ma reconnaissance à M. le professeur *Legouais*, pour toutes les preuves de bienveillance et d'intérêt dont il m'a toujours honoré.

DISSERTATION

SUR

LA PÉRITONITE,

CONSIDÉRÉE DANS SON ÉTAT AIGU.

On donne le nom de *péritonite* à l'inflammation de la membrane séreuse qui recouvre la plupart des viscères contenus dans l'abdomen et tapisse les parois de cette cavité. Je ne dois entrer ici dans aucun détail descriptif : je renvoie donc, pour l'étude anatomique et physiologique du péritoine, au beau travail de *Bichat* sur les membranes séreuses, et aux savans traités d'anatomie de *Winslow*, des professeur *Boyer*, *Chaussier*, *Cuvier*, etc.

La phlegmasie du péritoine a toujours dû exister, puisqu'elle se lie essentiellement à l'organisation de nos tissus. Cependant, avant *Hippocrate* cette maladie était entièrement ignorée : gloire soit donc rendue au vieillard de Cos, qui le premier en a laissé plusieurs descriptions dans les premier et troisième livres de ses épidémies. Dans son second livre des maladies des femmes, ce grand observateur nous prouve encore que les principaux symptômes qui la caractérisent ne

lui sont point échappés ; mais il la regardait comme une inflammation de la matrice produite par la suppression des lochies ou un accouchement laborieux. Cette opinion du père de la médecine fut ensuite reproduite par *Galien*, *Celse*, *Ætius*, *Arétée*, *Pouteau*, *Bosquillon*, *Lamothe*, etc. MM. *Chaussier*, *Cayol*, *Chomel*, *Velpeau* et plusieurs autres, pensent encore aujourd'hui que la péritonite puerpérale est souvent consécutive à la métrite. *Veikard*, *Horn*, d'après les principes de *Brown*, ont écrit et professé pendant longtemps que la maladie généralement décrite depuis *Strother* et *Willis* sous la dénomination vague de *fièvre puerpérale* était essentiellement asthénique. *Vigaroux*, *Etmuller*, *Puzos*, *Levret*, et en particulier *Doublet*, dans leurs recherches sur cette affection, ayant observé que les lochies continuaient quelquefois à s'écouler, tandis que la sécrétion laiteuse était, disaient-ils, constamment supprimée, ne voyaient dans les phénomènes redoutables qui se succédaient jusqu'à la mort qu'une métastase laiteuse concentrée sur l'abdomen. *Michaelis* a publié au commencement de ce siècle un mémoire où il cherche à prouver que la cause et la gravité de cette maladie chez la femme dépend uniquement de l'accumulation du principe laiteux dans la masse du sang.

Doulcet et *Stoll*, habiles à saisir les complications, n'ont vu souvent dans la péritonite qu'une fièvre bilieuse. *Peu*, *White*, *Tissot*, *Alph. Leroy*, d'après quelques symptômes, lui trouvaient de l'analogie avec la fièvre adynamique. Plusieurs autres, et l'on peut nommer *Hamilton*, *Selle*, *Antoine Petit*, l'ont cru de nature ataxique. *Hulme*, *Leake* et *Delaroche* l'ont considérée comme une inflammation des entrailles ou du grand épiploon.

Vogel, *Lieutaud*, *Sauvages*, *Cullen* ont parlé de la péritonite ; mais disons-le, on ne trouve dans leurs ouvrages que des indications confuses et incertaines sur cette intéressante phlegmasie, dont le siége et le véritable caractère, entrevus en 1776 par *Bonnet* et *Morgagni*, furent mis hors de doute pour la première fois par *G. Hunter*, et bientôt après par *Jouhston*. En 1785, *Walter*, célèbre anatomiste

prussien, fit revivre les mêmes opinions dans un mémoire qu'il publia sur les maladies du péritoine. Enfin, en France, le célèbre professeur *Pinel*, dans sa Nosographie philosophique, et surtout l'immortel *Bichat*, dans son Traité des membranes et dans ses savantes leçons de pathologie, ont fixé sans retour, au commencement du dix-neuvième siècle, les opinions de tous les médecins sur une maladie qui, depuis, a été observée et reconnue jusqu'à l'évidence un grand nombre de fois au lit des malades et à l'ouverture des cadavres. Les observations de péritonites aiguës, publiées par MM. *Gasc* et *Laënnec*, plusieurs descriptions fort exactes des différens désordres organiques que cette inflammation laisse après elle, données par M. *Bayle*, ont encore éclairé son histoire. M. *Broussais*, qui nous a fait aussi connaître quelques nuances de l'état aigu, oubliées par les auteurs, a répandu par ses observations un grand jour sur la péritonite chronique.

Si les nosographes ont eu avant ces dernières années des opinions si différentes sur la nature, le siége et le traitement de la péritonite; tous, depuis le divin vieillard, ont porté sur elle un prognostic fâcheux. Mais nous devons reconnaître que les dangers auxquels elle expose ceux qui en sont atteints varient suivant plusieurs circonstances, que nous indiquerons. Elle se développe presque toujours d'une manière sporadique : il est cependant certain qu'elle règne quelquefois épidémiquement. M. *Broussais* l'a rencontrée endémique dans la Hollande. Dans quelques cas, la rapidité avec laquelle elle sévissait sur un grand nombre de sujets a pu faire croire aux observateurs qu'elle pouvait revêtir le caractère contagieux. Quoi qu'il en soit, l'inflammation du péritoine peut être générale; elle envahit alors toute l'étendue de la séreuse : le plus souvent elle s'arrête à une de ses portions, et elle peut dès-lors occuper les différentes régions de l'abdomen : ceci nous explique l'erreur des médecins qui la désignaient sous le nom de *gastrite*, *entérite*, *cystite*, etc. Cette division de la péritonite en *générale* et *partielle* doit être conservée; elle est loin d'être *indifférente* ou *spéculative*, puisqu'elle nous apprend à re-

connaître l'endroit enflammé, et nous donne l'avantage de pouvoir diriger, *loco dolenti*, nos moyens de traitement.

Quoique la péritonite soit le plus souvent *primitive*, plus d'une fois dans le courant de cette dissertation nous la verrons survenir après beaucoup d'autres maladies. *Gastellier*, trop exclusif, et doué d'une imagination ardente, ne l'a jamais admise autrement. Ainsi que toutes les phlegmasies, elle doit être divisée en *aiguë* et en *chronique*. Je n'examinerai que la première nuance, sans faire une espèce distincte de la péritonite puerpérale, qui paraît être seulement plus fréquente et plus grave que dans toutes les autres circonstances de la vie.

Sans vouloir maintenant m'arrêter à disserter longuement sur la fréquence de la péritonite aux différentes périodes de la vie, je dois dire néanmoins que cette phlegmasie se montre rarement à l'état aigu dans un âge avancé. Elle semble plus particulièrement appartenir à l'âge adulte : cependant on l'observe quelquefois dès les premières années; et parmi les nombreuses maladies de cet âge, une des moins étudiée jusqu'à ce jour est sans contredit la phlegmasie péritonéale. Quelle peut en être la cause? c'est ce que j'ignore entièrement : en arguera-t-on de sa non-existence, on se tromperait, ainsi que nous allons le prouver par des faits; peut-être même est-elle plus fréquente qu'on ne le croit. Les anciens auteurs qui se sont livrés à l'étude des maladies de l'enfance n'en parlent pas, ce qui dépend probablement des connaissances peu étendues qu'ils avaient des inflammations. Parmi les modernes, M. *Denis* est le premier qui en ait dit quelque chose. On trouve consigné dans son ouvrage, page 453, l'observation d'un jeune malade qui présenta à l'autopsie les traces qui caractérisent et que laisse cette phlegmasie. Le péritoine renfermait un fluide onctueux, des pseudo-membranes albumineuses unissaient aussi les intestins entr'eux et les parois de l'abdomen. *Chambon* cite l'observation d'un enfant qui succomba à une péritonite qui s'était développée vingt-quatre heures après la ligature du cordon. M. *Andral* a eu l'occasion d'ouvrir un fœtus mort de cette maladie : il y avait dans plusieurs

endroits des adhérences très-prononcées ; M. *Guersent* l'a observée un assez grand nombre de fois à son hôpital. Le docteur *Robert*, mon excellent ami, jeune encore, mais déjà recommandable par un beau talent, a donné ses soins l'année dernière à un enfant âgé de neuf mois, qui succomba à une péritonite fort intense. La séreuse fut trouvée très-enflammée ; elle présentait dans presque toute son étendue une sorte de marbrure. Depuis cette époque, il a également été appelé, et a traité, de concert avec un de ses confrères, un autre enfant de quinze mois, qui mourut en peu de temps ; la cavité de l'abdomen était remplie d'une grande quantité de sérosité jaunâtre, et le péritoine était réduit presque à l'état de bouillie. Cette cruelle maladie n'est pas toujours essentielle chez l'enfant ; elle est même, n'en doutons pas, le plus souvent consécutive : ainsi elle peut compliquer la coqueluche, le carreau, les gastro-entérites surtout, qui sont si fréquens à cet âge de la vie, etc. Quoiqu'elle fasse courir alors les plus grands dangers, on peut, dans quelques cas, arrêter ses progrès. Le docteur *Jaulin*, de Bourbon-Vendée, m'a dit avoir traité avec succès un jeune enfant d'une péritonite bien caractérisée : il est vrai que le traitement fut prompt et des plus énergiques.

Causes de la péritonite.

Mille causes de maladie peuvent frapper nos organes ; et l'homme, presque toujours exposé aux influences physiques et morales, n'existerait que pour mourir bientôt, si les puissances organiques, si la nature, comme une tendre mère, ne renversait souvent les principes sans cesse existans de destruction et de mort qui entourent notre fragile machine. Appelé à étudier ces causes nombreuses de nos maux, le médecin trouverait dans leur connaissance un immense avantage. En soulevant le voile qui lui dérobe presque toujours la vérité, il pourrait, en effet, par de généreux efforts et par ses sages conseils, les éloigner, en détruire même un grand nombre, diminuer l'intensité des autres, et prolonger ainsi la vie des hommes. Sûr, d'ailleurs, d'un diagnostic toujours prompt, les moyens thérapeutiques

les plus puissans viendraient aussitôt s'opposer aux terribles effets, bien rares alors, mais qui suivent si souvent et si vite aujourd'hui certaines causes dont le caractère et la nature intime nous échappent sans retour. J'abandonne ces considérations, du plus haut intérêt, pour arriver de suite à l'étiologie de la péritonite.

En considérant la position profonde de la séreuse abdominale, le peu de sensibilité dont elle est douée dans l'état physiologique, et son isolement de tous les agens extérieurs, nous pourrions croire d'abord que son inflammation dépend toujours d'agens peu nombreux et faciles à connaître. Si nous consultons cependant les nombreuses observations de péritonites rapportées par les auteurs, et celles qui se présentent chaque jour dans les hôpitaux, nous reconnaîtrons qu'un grand nombre de causes peuvent la produire. Je vais essayer de les rappeler, et, pour mettre plus d'ordre dans leur énumération, je les diviserai en deux grandes classes. Dans la première, nous trouverons celles qui y prédisposent seulement; la deuxième classe nous offrira les causes occasionnelles, ordinairement plus faciles à saisir. Dans la crainte d'en oublier un trop grand nombre, je chercherai, dans les agens modificateurs appliqués au corps de l'homme, celles qui pourraient m'échapper.

Si nous étudions quelles sont les causes prédisposantes qui paraissent les plus capables de produire l'inflammation du péritoine, nous trouverons qu'elles se rapprochent, en général, de celles sous l'influence desquelles apparaissent les autres phlegmasies. Ainsi, la péritonite semble appartenir plus spécialement à l'âge adulte, et aux personnes qui sont pléthoriques. On la voit cependant apparaître chez les individus qui sont le plus éloignés de cet état de turgescence sanguine. Une constitution grêle et affaiblie, un tempérament nerveux facile à ébranler, les troubles généraux qui accompagnent les passions vives de l'âme, une grande mobilité du système vasculaire, l'habitude des fluxions; l'habitation prolongée dans des maisons obscures, humides, froides, où l'air circule mal; la malpropreté, l'abus du coït, le refroidissement de l'abdomen ou des pieds, le coucher à

plat ventre sur l'herbe fraîche, surtout si la transpiration cutanée a été augmentée par quelque exercice ; l'immersion subite et long-temps prolongée du corps dans l'eau froide ou dans un bain très-chaud, tout ce qui diminue ou suspend brusquement les fonctions de la peau, l'accumulation des matières fécales qui distendent pendant long-temps l'intestin, la rétention d'autres substances, la suppression de la diarrhée et de toute espèce de sécrétion, les impressions générales, les veilles prolongées, les commotions morales de toute nature, sont autant de causes prédisposantes de la péritonite. Nous pouvons y joindre encore les exercices violens, et par suite l'exagération des mouvemens du péritoine ; les contractions énergiques des muscles de l'abdomen pour expulser l'enfant, les vomissemens opiniâtres, certaines profession où la séreuse est exposée à des compressions, et celles encore qui obligent à rester debout devant le feu, ou à avoir souvent les pieds dans l'eau. Tous les corps volumineux qui se développent dans l'abdomen, la grossesse, les kystes, l'ascite, l'hydropisie des ovaires, l'hypertrophie de la rate, du foie, etc., en déplaçant et tiraillant le péritoine peuvent finir par l'enflammer. On a prétendu que la fièvre pouvait seule produire la péritonite ; je ne défends ni ne rejette cette opinion. Quelques auteurs ont cru voir dans la suppression d'évacuations naturelles et accidentelles, dans la métastase d'affections cutanées ou la rétrocession de la goutte, des causes plus ou moins directes de son développement. M. *Gasc* rapporte un exemple de péritonite qui fut produite par la suppression seule de la transpiration ; elle a succédé quelquefois à une fièvre intermittente, à l'inflammation d'une autre séreuse. J'ai vu un rhumatisme, qui s'était promené assez long-temps sur le ventre, disparaître tout à coup, et l'inflammation de la séreuse le remplacer. D'après les observations publiées par *Delaroche*, il est certain qu'il meurt plus de femmes après les couches pendant l'hiver que dans les saisons chaudes. *Doublet* regarde la constitution atmosphérique froide et humide comme celle qui dispose le plus à l'inflammation des séreuses ; aussi la voit-on régner le plus souvent dans les pays froids et humides,

tels que la Hollande, la Belgique : c'est aussi sous l'influence de cette température qu'elle fait souvent beaucoup de victimes dans notre belle France. Dans les régions très-chaudes, elle est fort rare. *Savary* assure qu'elle est inconnue en Égypte. Le docteur *Salles* ne l'a pas observée une seule fois dans l'Amérique du Sud, où il est resté près de trois ans. M. le professeur *Fouquier* regarde les coliques venteuses comme pouvant déterminer cette maladie : dans son dernier cours de pathologie interne, il en a rapporté plusieurs exemples. L'abus du vin, poussé jusqu'à l'ivresse complète, a pu la produire : on en trouve un cas remarquable dans la thèse de M. *Larroque*. On la voit quelquefois survenir chez les enfans affectés de carreau, mais il est difficile alors de la bien reconnaître. Je dois dire encore que la péritonite attaque plus souvent la classe indigente, qui ne peut pas se soustraire aux causes qui lui donnent naissance; elle devient surtout bien plus grave et plus souvent mortelle chez ceux qui sont malheureux et privés de toute ressource, parce qu'ils n'appellent ordinairement le médecin, ou n'entrent dans les hôpitaux, que lorsque la maladie a déjà fait de grands progrès. Parmi les causes que je viens d'énumérer, il en est un assez grand nombre qui sont fort incertaines, et qui pourraient appartenir plus légitiment à d'autres maladies; il est cependant vrai qu'elles peuvent, dans quelques cas, la produire; je ne devais donc pas les négliger. J'arrive aux causes *prochaines* ou *occasionnelles* : elles sont beaucoup plus importantes. Nous en trouvons plusieurs qui sont appréciables, et que nous ne devons jamais oublier. Celles-ci intéressent surtout le médecin opérateur.

Les causes prochaines de la péritonite se retrouvent souvent dans la continuation des causes prédisposantes; viennent ensuite les plaies pénétrantes de l'abdomen, celles même qui ne le sont pas, les chutes, les contusions, tous les froissemens du ventre par un corps en mouvement, l'incision du péritoine, l'entrée de l'air dans ce sac membraneux, les hernies étranglées, la réduction d'un intestin même légèrement phlogosé, l'inflammation des tubercules mésentériques abcédés, l'ichore d'un cancer de l'estomac ou de la matrice

qui s'épanche dans le péritoine, l'ingestion des poisons, l'abus des émétiques; l'usage intempestif des purgatifs énergiques qu'un charlatan dangereux a trop long-temps mis en usage, et qu'il donnait à ses victimes comme le triomphe assuré de toutes leurs maladies; les antrax volumineux situés sur les parois de la grande cavité splanchnique, les brûlures étendues de cette partie, l'invagination d'une portion d'intestin, l'inflammation violente d'un ou de plusieurs organes de l'abdomen, des testicules, des glandes de la région inguinale; l'opération de la hernie, de la taille, et toutes celles que l'on pratique sur le ventre et sur les viscères de cette cavité, telle est, par exemple, la ligature des artères qui y sont contenues, et que l'opérateur ne craint plus d'atteindre, ou l'amputation du col de la matrice; telle est en particulier l'opération césarienne, pratiquée le plus souvent après de longues manœuvres, fort douloureuses, pour extraire l'enfant par les voies naturelles; les perforations intestinales, les abcès hépatiques, leur rupture, celle de la vessie, de la vésicule biliaire, avec épanchement de leurs produits, amènent encore presque constamment des péritonites mortelles. Il peut arriver cependant que les épanchemens de bile et d'urine, que d'autres corps étrangers introduits dans la cavité péritonéale, bornent leur action à une simple irritation qui ne produit qu'une sécrétion plus abondante de fluide séreux. Si dans ces circonstances le malade vient à succomber, le péritoine est trouvé exempt d'inflammation. Une constitution détériorée et tout à fait appauvrie, chez des individus presque entièrement insensibles, peut seule, ce me semble, expliquer comment des corps très-irritans par eux-mêmes ont eu si peu d'action sur l'organe avec lequel ils étaient mis en contact. On trouve dans différens ouvrages plusieurs exemples de cette nature ; le docteur *Hourmann* rapporte deux observations du même genre. Nous pouvons rappeler encore à cette occasion un mémoire envoyé à l'Académie, et dans lequel M. *Lhomme* assure, contre l'opinion générale des médecins, que l'injection de la vapeur alcoholique dans le péritoine n'est pas nécessairement mortelle; il dit même avoir guéri par ce moyen une hydropi-

sie ascite fort ancienne. Un succès aussi inespéré n'autorisera jamais à mettre en usage ce moyen incendiaire. Je donne comme cause très-prochaine de la péritonite chez les femmes nouvellement accouchées, la métro-vagénite, la suppression des lochies, l'usage trop prompt des alimens, l'existence de certaines influences atmosphériques, et d'un air vicié qu'elles respirent quelquefois dans les hôpitaux, et qui semblent la rendre épidémique. Dois-je rappeler que les corps astringens appliqués sur le ventre, pour en chasser les rides, seront soigneusement éloignés. Le plus léger refroidissement, l'action du froid pour arrêter une hémorrhagie utérine, peuvent devenir funestes; les matières des lochies qui séjournent long-temps dans la matrice et le vagin doivent souvent, par leur présence, appeler des accidens, et deviennent une cause directe de péritonite; aussi doit-on faire des injections, surtout lorsque les lochies sont abondantes et très-fétides. M. *Guersent* a vu plusieurs fois l'emploi dangereux des carminatifs déterminer cette phlegmasie, qui emportait presque toujours les malades lorsqu'elle n'était pas hardiment enlevée. M. *Gasc* et quelques autres pensent que la simple sérosité de l'ascite peut la produire; mais n'a-t-on pas pris le plus souvent alors l'effet pour la cause? Elle peut survenir pendant le cours de dysenteries graves, ou à la suite de gastro-entérites intenses, dans ce cas il y a ordinairement perforation de l'intestin avec épanchement. Néanmoins, il n'est pas rare de voir l'inflammation arriver au péritoine, soit que des liaisons sympathiques l'y transportent, soit en traversant les parois intestinales elles-mêmes. La péritonite s'est encore développée sous l'influence d'un traitement dirigé avec peu de bonheur contre quelques fièvres rémittentes dont la marche est quelquefois fort insidieuse, et que l'on ne doit combattre qu'avec beaucoup de ménagement; elle peut être consécutive à un abcès siégeant dans l'épaisseur des parois abdominales, surtout s'il arrive jusqu'à la séreuse; en revanche, l'inflammation du péritoine peut donner lieu à ces collections purulentes, ce qui tient évidemment à l'irritation qui se propage au tissu cellulaire voisin, qui s'enflamme bientôt, souvent avec beaucoup de violence.

On observe des dépôts semblables sur le thorax, à la suite des pleurésies. Certains kystes de l'abdomen, renfermant différens liquides, ont pu s'enflammer, se rompre, et produire une péritonite mortelle à la suite de l'épanchement des matières; la rupture de l'utérus, pendant qu'il est développé, devient une double cause de cette maladie, que l'on doit craindre encore lorsqu'il est indiqué de pratiquer le tamponnement pour arrêter une hémorrhagie après l'accouchement. Toutefois, reconnaissons qu'il ne doit jamais être établi aussi-bien qu'après l'opération de la taille ou de la fistule anale, que lorsqu'il sera d'une indispensable nécessité; et, dans ce cas encore, on ne doit pas le laisser trop long-temps en place, surtout lorsqu'il développe de la douleur et de la fièvre. Si l'hémorrhagie venait à reparaître, elle ne saurait inquiéter l'opérateur, car au lieu d'être nuisible elle préviendra souvent les accidens qu'on veut éloigner; et ajoutons qu'on sera toujours maître de recommencer la compression si besoin est. N'oublions pas que la ponction de l'abdomen, pour évacuer un liquide, peut, dans quelque cas, décider la phlogose du péritoine, lorsque l'on ne devait s'attendre qu'à d'heureux résultats. Ici, comme dans la grossesse, les organes, habitués à remplir leurs fonctions dans un état donné, ne se trouvent plus dans les mêmes rapports de sensibilité; l'espace abdominal est changé pour eux, l'irritation physiologique qui suit souvent alors ne saurait rester long-temps indécise : la séreuse s'irrite la première, et bientôt de nombreuses sympathies pathologiques retentissent sur différens organes. Si le cordon testiculaire vient à s'enflammer fortement, un gonflement considérable va survenir : la portion qui se trouve logée dans le conduit inguinal, jusqu'à sa sortie au-dessous de l'anneau, subit un véritable étranglement. Dans ce cas, il est évident qu'il faut débrider, autrement une péritonite mortelle serait inévitable. Nous devons dire encore que le chirurgien prudent et sage n'opèrera qu'avec répugnance, et pour des raisons majeures, les fistules à l'anus très-élevées et avoisinant le péritoine. Si l'on ne tenait pas compte de cette circonstance fâcheuse, il pourrait arriver que l'inflammation, en s'emparant de la

plaie, ne s'étendit jusqu'à la membrane diaphane. Le médecin doit toujours alors engager son malade à conserver ces fistules lorsque sa santé n'est pas compromise, surtout lorsqu'elles se sont établies à la suite de la lésion de quelques-uns des organes de l'abdomen ou de la poitrine. Nous avons chaque jour des preuves malheureuses de la liaison intime qui unit ces deux cavités avec la partie inférieure du bassin; ajoutons qu'on est toujours exposé, dans ces fistules situées très-haut, à diviser de gros vaisseaux qu'on ne peut pas lier : de là des hémorrhagies qui nécessitent un tamponnement douloureux qui peut, ainsi que nous l'avons dit, contribuer activement au développement de la maladie. Cette cause très-puissante de péritonite se retrouve de nouveau lorsque l'on a l'imprudence d'opérer par injection des hydrocèles très-volumineux; l'inflammation intense et fort étendue qui se développe alors dans la tunique vaginale s'étend de proche en proche, par continuation de tissu, jusqu'au péritoine, et vient joindre ainsi les accidens qu'elle entraîne aux dangers, souvent promptement mortels, de la complication. On pourra néanmoins, dans un cas semblable, tenter la cure radicale, après avoir pratiqué une ou plusieurs ponctions préparatoires qui permettront aux parties de revenir sur elles-mêmes. Je termine ce chapitre important en reconnaissant une sympathie étroite entre les grandes articulations et les cavités thoraciques et abdominales : en effet, on a observé plusieurs fois des inflammations articulaires produire la péritonite, et *vice versâ;* MM. *Lisfranc*, *Andral*, et plusieurs autres, en citent des exemples; je pourrais moi-même en rapporter une observation remarquable. Malgré le grand nombre de causes que nous venons de parcourir, il en est encore qui nous échappent; celles-ci peuvent exister pendant long-temps avant de déterminer la péritonite, mais lorsqu'elles se développent, elles lui impriment un caractère de malignité qui résiste souvent aux efforts de la nature, et aux moyens de traitement les plus habilement conduits.

Invasion.

La phlegmasie du péritoine présente des différences remarquables. A l'état aigu, elle s'annonce le plus souvent par des symptômes généraux, ou débute d'une manière brusque et se caractérise en peu de temps. D'autres fois, au contraire, sa marche est lente et insidieuse. Cet état de chronicité est presque constamment difficile à bien reconnaître; les phénomènes qui précèdent son développement, s'ils existent, sont en effet incertains, variables, peu énergiques, et rarement assez appréciables ou assez nombreux pour appeler l'attention du médecin. J'indiquerai plus tard les différens symptômes qui l'accompagnent.

L'invasion de la péritonite aiguë est prompte et rapide lorsqu'elle survient après des causes puissantes qui agissent directement sur la séreuse; les *applicata* nous en offrent beaucoup d'exemples. Les phénomènes précurseurs sont alors de peu de durée, et font place presque aussitôt ou accompagnent même les symptômes pathognomoniques de la maladie, qui marche avec beaucoup de rapidité : on lui donne alors le nom de *suraiguë*. Si la péritonite attaque une femme en couche, c'est ordinairement du deuxième au cinquième jour après l'accouchement; elle peut cependant se montrer beaucoup plus tard, le dixième, quinzième ou vingtième jour. Le savant auteur de la Nosographie philosophique nous dit même qu'une nourrice en fut atteinte au bout de treize mois. Il peut arriver, au contraire, qu'elle devance l'époque ordinaire; ainsi, elle peut commencer à paraître presque aussitôt la délivrance. J'ai vu à l'hôpital de Perfectionnement les premières douleurs péritonéales se déclarer plusieurs heures avant le commencement du travail, chez une femme qui portait deux enfans. Quoi qu'il en soit, la péritonite s'annonce, dans la grande majorité des cas, par un sentiment général de lassitude et de faiblesse, par de la céphalalgie, des horripilations vagues, un engourdissement souvent indéfinissable dans les membres, des frissons intermittens,

faibles ou intenses, suivis bientôt de cette chaleur brûlante et interne qui a presque toujours lieu dans l'inflammation des séreuses; il y a encore de l'agitation, de la tristesse; les mouvemens deviennent difficiles et douloureux. Ces premiers caractères peuvent se montrer plusieurs fois, et d'une manière irrégulière, pendant deux ou trois jours avant l'apparition des symptômes locaux; tantôt, au contraire, ils ne durent que quelques heures, pour faire place à d'autres phénomènes plus importans. La chaleur devient fixe, continue, plus intense, elle tourmente déjà le malade; le pouls s'accélère, la céphalalgie sus-orbitaire augmente et s'étend dans les orbites, la pression des yeux est douloureuse, ils sont larmoyans; la parole est brève, une légère sueur couvre le front; la face, ordinairement pâle, prend assez souvent une coloration jaunâtre; il y a déjà de la constipation, des nausées, ou même des vomissemens; le malade se plaint de coliques, de douleurs fugitives qui traversent l'abdomen dans différens sens, en quelque sorte avec la rapidité de l'étincelle électrique; d'autres fois elles sont sourdes et étendues. La peau contracte de la sécheresse, de l'aridité; la langue est mauvaise, elle perd ses caractères de forme et de couleur. Jusqu'ici nous ne voyons rien encore qui caractérise d'une manière certaine une irritation plutôt qu'une autre; mais bientôt les symptômes caractéristiques de la phlegmasie se dessinent avec plus ou moins de promptitude et d'intensité. Essayons de les décrire.

Symptômes.

Pour mettre plus d'ordre dans l'exposition des symptômes, je les diviserai en *locaux*, en *sympathiques* et en *généraux* ou *communs*. Les premiers, qui sont aussi les plus importans, se bornent au péritoine. Les symptômes sympathiques sont ceux qui appartiennent aux différentes complications, ou qui se rattachent aux nombreux phénomènes qui passent tour à tour d'un viscère à un autre souvent fort éloigné, sans qu'il nous soit possible d'en saisir la cause ou d'en donner

même une explication raisonnable. Le médecin doit apporter à leur examen la plus grande attention ; quelquefois, en effet, ils sont plus développés que la maladie qui leur donne naissance; ils peuvent donc, dans ces cas surtout, venir obscurcir le diagnostic. Les symptômes communs ou généraux, comme l'accélération du pouls, la céphalalgie, etc., méritent une importance médiocre, car nous les retrouvons dans la plupart des autres maladies.

Symptômes locaux.

Le premier et le plus constant des symptômes de la péritonite aiguë est une douleur sous-cutanée pongitive, fixe, continue, très-intense dans le point le plus enflammé. Le malade la rapporte souvent derrière le pubis ou vers l'ombilic, quoique la phlegmasie soit plus étendue. Un sentiment de torsion, de brûlure ou de déchirement l'accompagne; la plus légère pression, les secousses, tous les mouvemens qui déplacent le péritoine ou qui diminuent la cavité de l'abdomen l'exaspèrent; la toux, le hoquet, l'éternument, les vomissemens surtout, la rendent insupportable. Quelquefois elle semble se calmer ou disparaître un instant, mais presque aussitôt mille tiraillemens opposés déchirent le malade, brisent ses forces, et le jettent dans le découragement. Renversé sur le dos dans le *cubitus supinus*, le plus léger mouvement du tronc augmente ses souffrances; il désire avoir la tête élevée; un instinct secret l'avertit de fléchir les cuisses sur le bassin, pour mettre toutes les puissances musculaires dans le relâchement et les empêcher de venir s'appliquer douloureusement sur les surfaces enflammées. Si le médecin applique la main sur le ventre pour l'explorer, le malade la repousse presque aussitôt malgré lui, ou bien il y a une sorte de contraction involontaire des muscles de cette cavité. Les fomentations les plus légères lui arrachent des cris. Les symptômes que nous décrivons ne sont pas toujours aussi marqués; chez quelques sujets, les souffrances sont intermittentes ou légères; elles sont presque nulles dans la péritonite latente; le météo-

risme, la constipation peuvent seuls, alors, la faire soupçonner. La pression latérale de l'abdomen, conseillée par M. *Broussais*, pourra cependant encore éclairer le diagnostic; elle est constamment plus douloureuse que celle qui est exercée perpendiculairement. Dès le début de la péritonite, on remarque une tension plus ou moins considérable du ventre. On observe en même temps, chez les individus peu chargés de graisse, et dont l'enveloppe abdominale a peu d'épaisseur, une sorte de frémissement et d'agitation des intestins grêles, qui viennent de tous côtés se rendre sous la portion du péritoine enflammé, et qui dessinent cette tumeur oblongue et rénitente indiquée par tous les observateurs. Bientôt arrivent la tuméfaction et le météorisme de l'abdomen, qui augmentent de plus en plus par les progrès de la maladie, surtout lorsqu'elle est intense, et dans tous les cas où les muscles ont perdu leur ressort. M. *Gasc* attribue en grande partie le développement que nous indiquons au boursoufflement du tissu cellulaire sous-jacent; mais si nous considérons que ce tissu est fort peu abondant entre le péritoine et l'enveloppe charnue abdominale, nous concevrons difficilement qu'il soit capable d'acquérir un grand développement; et dans le cas même où ce boursoufflement existerait à un très-haut degré, je crois sincèrement qu'il distendrait la séreuse elle-même et la rapprocherait du centre en la portant vers les organes, plutôt que de surmonter une puissance musculaire quelquefois fort énergique. Il est vrai que ce ballonnement du ventre n'a pas toujours lieu; et même il peut exister une dépression remarquable. Ce phénomène s'observe plus ordinairement chez les sujets très-irritables et athlétiques. Je dois encore donner ici, comme symptôme local, la constipation, qui se montre au commencement de la péritonite, toutes les fois que la muqueuse intestinale ne participe pas à l'inflammation. Elle est quelquefois fort opiniâtre; en outre, elle s'accompagne souvent d'un resserrement de l'anus assez violent pour rendre impossibles des injections dans le gros intestin. Chez les nouvelles accouchées, lorsque les lochies se supprimaient, j'ai vu se développer plusieurs fois des tumeurs assez étendues dans

l'une des fosses iliaques, qui devenait presque aussitôt très-douloureuse à la pression. Comme l'a fort bien observé le professeur *Chaussier*, c'est dans cette région, près des ovaires, des ligamens larges et du tissu cellulaire environnant que commence le plus souvent la péritonite puerpérale.

Le docteur *Devergie* prétend que la portion du muscle correspondant au point du péritoine enflammé est irritée sympathiquement, et présente une contraction permanente; j'avouerai cependant que cet état tétanique m'est entiérement échappé.

Symptômes sympathiques et communs.

Digestion. Les symptômes sympathiques et communs qui se développent dans les voies digestives, ou qui s'impriment sur les autres viscères de l'abdomen, méritent une grande importance. En général, aussitôt l'invasion de la péritonite, la muqueuse buccale perd son humidité et contracte une sécheresse extrême; la langue présente, dans sa forme et dans sa couleur, d'assez grandes différences, suivant l'état de l'estomac et des intestins; ainsi, lorsque ces organes s'irritent fortement, elle semble diminuer de volume, et bientôt l'on remarque de la rougeur vers sa pointe et sur ses bords. Si la phlegmasie s'étend au foie, elle se recouvre d'un enduit jaunâtre ou blanchâtre. Lorsque la péritonite est faible et les phénomènes sympathiques peu développés ou fugitifs, elle ne donne aucun caractère bien appréciable. Dans quelques cas graves, au contraire, la langue du malade est fortement injectée dans toute son étendue. Je dois faire, à cette occasion, une remarque importante : il est des sujets dont la langue peut rougir comme les joues de certaines personnes qui sont dominées, dans le moment, par une émotion vive. Ce phénomène singulier n'est pas très-rare; je l'ai déjà observé plusieurs fois, et dernièrement encore, à l'Hôtel-Dieu, dans une des salles du professeur *Récamier*. L'appétit se perd successivement à mesure que l'estomac s'irrite davantage; la soif, d'abord peu intense, devient extrême

toutes les fois que la muqueuse alimentaire se dessèche; le malade ne peut alors la satisfaire qu'avec beaucoup de précautions; autrement ses douleurs augmentent, à cause du phénomène d'ampliation. Bientôt surviennent les nausées et les vomissemens, qui se renouvellent sans cesse, et sous la moindre influence, lorsque les phénomènes sympathiques se prononcent davantage et vont jusqu'à produire la gastrite. Si l'inflammation descend et se propage aux intestins ou au foie, nous verrons apparaître de nouveaux symptômes; ainsi, avec la gastro-entérite, nous aurons le plus souvent de la diarrhée, de la soif, une douleur profonde avec jaunisse légère. La complication bilieuse amènera plus particulièrement après elle une tension douloureuse de l'hypochondre droit, des vomissemens bilieux, des déjections alvines jaunâtres, etc. Indiquons de suite ici les douleurs sympathiques qui se développent dans les membres inférieurs, dans la poitrine, quelquefois à l'épaule droite et autour de la clavicule du même côté.

Respiration. Elle est laborieuse, plaintive, courte, costale, incomplète. Ces caractères sont surtout prononcés lorsque la péritonite est dans sa plus grande force; les hoquets sont inévitables si la portion du péritoine qui se déploie sur le muscle diaphragme est enflammée. Il existe encore par fois une toux rare, sèche et profonde, que le malade s'éfforce de retenir pour en éviter les secousses douloureuses.

Circulation. Le pouls, dès l'invasion de la péritonite, est petit, serré, concentré, comme retiré vers le cœur; dans la période d'acuité, et lorsque la douleur est intolérable, il rapproche ses pulsations, et les précipite au point de ne pouvoir plus être comptées; elles semblent, pour ainsi dire, se confondre; souvent alors elles sont irrégulières, intermittentes. *Thouret* a toujours remarqué que le pouls, dans la péritonite puerpérale, était plus fréquent et plus serré qu'il ne l'est dans la péritonite ordinaire. Dans des cas, très-

rares, la circulation n'est aucunement troublée ; elle paraît même quelquefois se ralentir, et ne s'accélère qu'aux approches de la mort. Au reste, les caractères du pouls présentent de grandes différences suivant les complications.

Sécrétions et excrétions. Ces deux importantes fonctions sont le plus souvent perverties, diminuées, ou même complètement suspendues; ainsi, la peau se dessèche lorsque le tissu cellulaire interséreux ne participe pas à l'inflammation dans une grande étendue, car alors la transpiration continue et peut devenir abondante; dans ce cas, le pouls présente aussi plus de développement. Si les yeux se remplissent de larmes, ce n'est qu'un phénomène d'expression. La membrane pituitaire est sèche et noirâtre ; il y a constipation. La sécrétion des muqueuses gastro-intestinales s'arrête, ainsi que celle du foie; cet organe peut cependant sécréter la bile en grande abondance quand la séreuse qui le recouvre est enflammée; il n'est pas rare, alors, de voir la muqueuse de l'œil et les ailes du nez prendre une teinte légèrement citronnée. Les urines sont rouges, épaisses, peu abondantes, rendues avec cuisson et douleur; les parties génitales deviennent arides et se dessèchent quelquefois entièrement; les lochies se suppriment, les mamelles s'affaissent, se flétrissent, et la sécrétion du lait ne se fait plus. Observons ici qu'on a invoqué à tort ces derniers phénomènes comme un symptôme pathognomonique de la péritonite puerpérale, puisqu'ils peuvent avoir lieu dans beaucoup d'autres maladies survenues peu de temps après l'accouchement; d'ailleurs, ils ne sont pas constans. Les lochies peuvent, en effet, continuer à couler en abondance; et nous savons en outre que *White*, *Leake*, MM. *Chaussier*, *Dubois*, *Deneux*, et beaucoup d'autres, ont vu souvent les mamelles, gonflées, rester pleines de lait jusqu'à la mort.

Habitude extérieure. La face est décomposée, elle est ordinairement pâle et se couvre d'une sueur froide. Dans cet état, elle porte toujours l'empreinte de la souffrance; tous les traits sont tirés en haut,

et ramenés vers la ligne médiane ; ils donnent alors le prototype du *facies* si bien désigné sous le nom de *face grippée.* Chez les enfans le trait labial est extrêmement prononcé; la peau est froide, surtout aux extrémités inférieures ; l'abdomen présente seul une chaleur élevée. Dans quelques cas le visage est rouge, animé et toute la surface des tégumens est brûlante.

Fonctions de relation. Les facultés intellectuelles restent souvent intactes jusqu'à la mort, surtout lorsque le cerveau est peu excité. Presque toujours on observe chez le malade une morosité sombre, de l'impatience, du découragement, une céphalalgie plus ou moins intense, et il n'a plus de sommeil. Si le système nerveux reçoit une excitation plus forte par les progrès de la maladie, les phénomènes qui en sont la traduction augmentent, et peuvent s'accroître assez pour que les douleurs ne soient plus perçues; on voit alors survenir de l'insomnie, du délire, une agitation extrême, des convulsions, des mouvemens brusques de la tête et des membres, des soubresauts dans les tendons, surtout dans ceux de l'avant-bras. Les yeux présentent l'aspect de la mort; tantôt ils restent immobiles, d'autres fois ils sont portés vers la paupière supérieure ; la pupille se dilate peu à peu, les sourcils se rapprochent fortement; la langue se resserre, elle devient tremblante, et se couvre d'un enduit noirâtre, fuligineux : lorsque les phénomènes nerveux se prononcent aussi fortement la péritonite est dite *ataxique.* Tels sont les symptômes les plus ordinaires quelle présente : chacun d'eux, pris isolément, ne saurait caractériser cette phlegmasie, aussi le médecin ne basera jamais son jugement que sur leur ensemble. *Non ex uno signo, sed ex concursu omnium.* (Hippocrate.)

Marche et terminaison.

La péritonite parcourt le plus souvent ses périodes avec rapidité. Elle est, dans quelques cas, tellement intense, qu'elle emporte les malades en deux à trois jours : je n'ose pas dire en dix-huit ou vingt-quatre heures; les auteurs en citent cependant des exemples. M. *Marendel* possède même plusieurs observations où la mort suivit de plus près encore l'invasion de cette terrible maladie. Elle est souvent foudroyante lorsqu'elle se déclare après des étranglemens, des gastro-entérites graves ou la perforation des viscères de l'abdomen. Néanmoins, sa marche, dans les cas ordinaires, est beaucoup moins alarmante : sa durée, en général, est de cinq à dix jours : on l'a vu cependant dans certaines circonstances se prolonger au-delà du quatorzième jour ; il est plus difficile alors de juger à la fin du premier septénaire quel sera son mode de terminaison. Le plus heureux, mais aussi le plus rare, est la guérison complète qui s'opère par la résolution de la maladie. Cette terminaison, qu'on doit toujours s'efforcer d'obtenir, s'annonce ordinairement de bonne heure, au quatrième, cinquième ou sixième jour, par la diminution progressive de la douleur, de la fréquence du pouls et de tous les autres symptômes déjà indiqués. Chez les femmes, la sécrétion du lait et l'écoulement des lochies se rétablissent et reprennent leur cours ordinaire. La résolution de la péritonite est favorisée assez souvent par des hémorrhagies salutaires, des sueurs critiques, des urines abondantes, etc.

Lorsque la résolution n'a pas lieu, il se fait un épanchement séreux qui augmente avec l'intensité de la maladie : si celle-ci se prolonge et présente encore plus de gravité, il y a une véritable suppuration. Cette terminaison, très-fréquente, n'est malheureusement que trop souvent funeste. Il est difficile d'indiquer au juste à quelle époque se forme l'épanchement, et quels sont les signes qui le font reconnaître. On peut cependant le soupçonner, lorsque vers le sixième, huitième ou dixième jour, les douleurs et la tension du ventre diminuent, que le

pouls, toujours très-fréquent, prend de la souplesse, lorsque le malade éprouve de légers frissons irréguliers avec refroidissement des membres, et qu'il y a de la pesanteur dans l'hypogastre. Il ne reste enfin aucun doute sur la présence du liquide toutes les fois qu'il se fait jour au-dehors, ou qu'on peut en percevoir la fluctuation à travers les parois de l'abdomen.

Dans quelques cas rares, le sang passe en nature dans les vaisseaux séreux : c'est la péritonite hémorrhagique de plusieurs auteurs. Lorsqu'elle se termine ainsi, elle est constamment mortelle. Les individus pléthoriques, très-irritables, et qui sont sujets aux hémorrhagies, paraissent y être le plus exposés. Cet état est annoncé par les symptômes les plus graves : le pouls est vide, misérable, tumultueux, presque insensible et d'une fréquence extrême ; les douleurs de l'abdomen sont atroces ; quelquefois alors le malade jette des cris pour affaiblir ses maux, mais les mouvemens qu'accompagnent ses efforts ne font que les augmenter. Bientôt il survient des lipothymies fréquentes ; la prostration est complète, le malade semble ne plus souffrir ; la respiration est précipitée et presque éteinte ; une pâleur mortelle couvre tous ses traits, qui sont profondément altérés et comme rapetisés. Le refroidissement des extrémités augmente à chaque instant, les symptômes deviennent plus menaçans ; on observe encore de temps en temps des soubresauts de tendons, et bientôt la vie s'éteint.

La terminaison par gangrène est la plus rare ; elle entraîne toujours la mort des malades. On doit la redouter à la suite des étranglemens, de certains épanchemens irritans ; et, lorsque l'inflammation est vive, rapide, indomptable, elle s'annonce par la cessation subite des douleurs, l'affaissement du ventre, la petitesse, l'irrégularité et une grande concentration du pouls ; les dents perdent leur vernis ; il y a des vomissemens, du délire ; l'œil devient terne et s'affaise ; la face se décompose et se recouvre d'une sueur froide et visqueuse, les sphincters se relâchent et laissent échapper des matières abondantes d'une fétidité insupportable ; il survient

souvent alors un calme trompeur au milieu duquel le malade expire.

Si la péritonite cesse de s'aggraver, et se prolonge au-delà du terme ordinaire, elle passe à l'état chronique; c'est une sorte de terminaison imparfaite, on la reconnaît aux phénomènes suivans : le malade éprouve un sentiment de gêne et de plénitude dans l'abdomen, qu'il rapporte à de légères coliques ; les nausées, les vomissemens reparaissent de temps en temps; l'appétit se perd, la digestion est lente et difficile; l'embonpoint diminue, le ventre seul reste légèrement saillant, ou se ballonne de plus en plus; la peau est toujours aride, sèche, pâle et terreuse; le pouls conserve ordinairement de la fréquence. Quelquefois, néanmoins, son type normal n'est pas changé; mais alors on observe un peu d'accélération vers le soir sans chaleur à la peau : dans les premiers temps, il y a constipation; plus tard, la diarrhée la remplace. Le malade se déplace sans cesse dans son lit, et se trouve mieux couché en supination; il place involontairement les mains sur son ventre pour calmer un malaise qu'il éprouve, plutôt qu'une véritable douleur; celle-ci peut cependant se développer lorsque la pression abdominale est exercée sans ménagement; on la voit aussi reparaître après les mouvemens exagérés, la toux, l'éternument, les grandes inspirations, etc. ; plus tard il s'établit un dévoiement colliquatif, une fièvre lente continue avec consomption et marasme; l'épanchement augmente, l'affaiblissement s'ajoute à tous ces symptômes, et le malade s'éteint insensiblement à la manière des vieillards. Nous savons que la péritonite chronique amène souvent après elle l'hydropisie, qui devient quelquefois générale.

Complications.

L'inflammation du péritoine peut présenter un très-grand nombre de complications : la nature de ce travail m'interdit de les examiner toutes en particulier; j'indiquerai seulement les plus importantes, me réservant de faire connaître à l'article *diagnostic* les symptômes

caractéristiques des maladies qu'on pourrait confondre le plus facilement avec celle que je décris.

La phlegmasie des organes abdominaux est une de celles qui vient le plus souvent compliquer la péritonite, surtout lorsque celle-ci s'élève à un haut degré d'intensité. Il est même rare alors qu'une irritation vive, suivie bientôt d'inflammation, ne retentisse pas sur les muqueuses gastro-intestinales : ces deux membranes sont en effet tellement rapprochées, que leur isolement anatomique ne saurait toujours les soustraire aux phénomènes énergiques développés sur l'une d'elle. D'ailleurs cet isolement cesse presque toujours dans l'état pathologique. On compte par centaines aujourd'hui les péritonites survenues pendant le cours d'entérites graves sans perforation. J'insiste sur cette complication, qu'on ne saurait trop se rappeler, puisqu'ici le plus léger retard dans le traitement donne la mort. ajoutons encore que cette double phlegmasie, abandonnée à elle-même, perfore rapidement l'intestin, qui laisse échapper le plus souvent dans le sac péritonéal des corps gazeux, liquides ou solides qu'il contient, et qui donnent lieu à des tympanites rapidement mortelles. Les complications de la péritonite avec l'hépatite, la métrite, la cystite, sont en général moins dangereuses que celle que nous venons d'examiner : la rupture de la vessie ou de la vésicule biliaire peut cependant suivre l'inflammation de ces deux réservoirs membraneux. L'épanchement des liquides irritans, dans ce cas, doit presque constamment entraîner la perte des malades. *Morgagni*, *Stoll*, *Bonnet*, etc., ont vu la péritonite se compliquer de l'inflammation des autres séreuses, et surtout de la plèvre. Mais il est certain que l'arachnoïde est plus souvent le siége de la complication. Il suffit, pour démontrer cette vérité, de rappeler les symptômes fréquens qui existent du côté du cerveau. Des inflammations partielles de la séreuse qui recouvre la rate ou le foie ont pu encore s'étendre au diaphragme, le traverser, et arriver jusqu'aux poumons pour les enflammer à leur tour. Je possède l'observation fort remarquable d'une femme qui fut successivement atteinte d'une péritonite, d'une pleurésie, de l'inflamma-

tion de la capsule synoviale scapulo-humérale gauche, et qui succomba en moins de vingt heures à un croup parfaitement caractérisé. Lorsque la phlegmasie péritonéale donne naissance à la céphalite, à la cardite ou à la pneumonie, la mort est presque inévitable, si c'est dans le mode aigu. Les malades résistent rarement aussi aux complications ataxiques ou adynamiques. On sait que cette dernière est très-commune dans les hôpitaux, chez les femmes nouvellement accouchées.

Diagnostic.

Le diagnostic de la péritonite est, sans contredit, pour le médecin, le point le plus important de son histoire. L'ensemble des symptômes qui appartiennent à cette cruelle maladie doit la faire distinguer des différentes inflammations de l'abdomen. Il n'est pas, au contraire, toujours facile de la reconnaître lorsqu'elle est masquée par d'autres affections et de nombreux phénomènes qui lui sont étrangers, ou lorsque ses caractères fondamentaux se dessinent faiblement. La péritonite latente peut surtout tromper l'observateur : les accidens qu'elle développe paraissent en effet de peu d'importance, ou sont même tellement insensibles, qu'ils laissent le médecin dans une ignorance complète de la rapidité de la phlegmasie et des désordres intérieurs qu'elle entraîne après elle. M. *Récamier* en a rencontré plusieurs où la douleur et la fièvre manquaient entièrement. Maintenant, si nous parcourons les maladies qui peuvent simuler l'inflammation du péritoine et conduire à l'erreur, nous en trouverons un assez grand nombre. Les plus ordinaires sont, la gastro-entérite, la métrite, la dysenterie, la néphrite, la cystite, plusieurs affections du système nerveux, etc. Je vais exposer rapidement leurs différences.

La gastro-entérite présente des caractères assez nombreux qui la rapprochent de l'inflammation de la péritonite. Cependant, en étudiant et analysant avec soin les symptômes qui leur sont propres, il sera difficile de confondre ces deux maladies. Ainsi la douleur, dans

la gastro-entérite, n'est pas constante, si nous en exceptons les cas d'empoisonnement. De plus, elle est moins vive, plus profonde; elle se concentre vers l'ombilic, où le malade éprouve une sorte de déchirement qui n'est pas sensiblement augmenté par une légère pression. Le plus souvent la diarrhée se montre dès le début. On ne retrouve jamais ici la face grippée; les traits, au contraire, s'affaissent de plus en plus. Outre ces principaux symptômes, l'abdomen, dans la gastro-entérite, est ordinairement ramassé sur lui-même. Tous les points déterminés par les os qui forment ses limites se dessinent à travers la peau. Le ventre, qui est déprimé et aplati dans une grande étendue, se relève d'une manière insensible pour arrondir en manière de sphère la région ombilicale. Dans la péritonite, au contraire, ces caractères présentent des différences remarquables; ainsi l'enveloppe abdominale, partant de toutes les limites saillantes qui bornent cette cavité, s'élèvent en décrivant des courbes qui viennent de tous les points se rendre vers le centre. Une forte inspiration, en étendant largement en tous sens cette partie, rappelle assez bien la forme que j'indique.

Lorsque l'inflammation se borne à l'utérus, le plus souvent il sera facile de la reconnaître : la douleur qui l'accompagne est obtuse, gravative et limitée dans un petit espace de la région hypogastrique; le malade se plaint d'une pesanteur incommode dans les lombes; l'intérieur du vagin donne au doigt la sensation d'une chaleur brûlante; le museau de tanche est gonflé, tendu, très-sensible; les menstrues ou les lochies se suppriment, l'affaissement des mamelles a lieu; le pouls est dur, vite, développé, etc.

Les tranchées violentes, le ténesme, les besoins irrésistibles et continuels d'aller à la garde-robe, les évacuations muqueuses et sanguinolentes, doivent toujours faire distinguer la dysenterie de la péritonite.

Relativement à la néphrite, comment la méconnaître dans la majorité des cas, si l'on remonte, ce que l'on doit toujours faire, aux circonstances commémoratives, à la cause qui y a donné lieu, et si

l'on étudie surtout le caractère des douleurs : profondes, gravatives, contusives, elles se fixent ou se promènent souvent d'un rein sur l'autre : on les voit aussi se répéter au scrotum, dans la région de l'aine jusqu'à la partie supérieure de la cuisse. Si l'on trouve réuni à ces symptômes la rétraction douloureuse des testicules, qui a souvent lieu dans l'inflammation des reins, le diagnostic est assuré.

La cystite se reconnaîtra plus particulièrement à une douleur très-vive fixée dans l'organe, aux titillations pénibles du bout du gland, à la pesanteur du périnée avec tension de l'hypogastre, aux difficultés de faire pénétrer la sonde dans la vessie : elle est encore caractérisée par des efforts fréquens et parfois inutiles pour uriner, par l'excrétion d'une urine visqueuse, assez souvent mêlée de sang, présentant plus tard un sédiment opaque homogène ou floconneux.

L'inflammation des psoas, des iliaques, du diaphragme et des autres muscles de l'abdomen doit rarement en imposer. Plusieurs névroses, certaines coliques dites *hépatiques*, pourraient faire croire sans examen préalable, à une péritonite commençante : il suffira cependant d'une attention médiocre pour reconnaître la nature de la maladie; dans ces cas, en effet, les douleurs apparaissent brusquement sans être précédées de frisson et des autres phénomènes précurseurs que nous avons indiqués. En outre, les différentes pressions, si douloureuses dans la phlogose péritonéale, loin d'augmenter les souffrances, les soulagent, et peuvent même les faire disparaître; de plus, elles sont intermittentes et inégales. Enfin la plupart des autres symptômes généraux et sympathiques manquent entièrement; ainsi le pouls, qui se précipite au moment de l'exacerbation de la douleur, reste calme dans la rémission; l'excrétion urinaire, toujours, abondante, continue comme dans l'état de santé; les réactions sympathiques vers la tête, du côté de la poitrine, n'ont jamais lieu, etc.

En terminant ce qui a trait au diagnostic, je dois faire observer que l'invagination et les étranglemens des organes de l'abdomen ont pu faire croire à l'inflammation du péritoine, et *vice versâ*. Le doc-

teur *Maunoury* rapporte une observation d'étranglement interne, dont les premiers symptômes firent croire à une péritonite. Le professeur *Marjolin*, à son tour, a vu prendre plusieurs fois cette phlegmasie redoutable pour des hernies étranglées. Cette méprise, qui devient quelquefois inévitable lorsque la péritonite paraît d'une manière foudroyante chez un individu attaqué de hernie, rend la maladie beaucoup plus grave et presque toujours mortelle.

Prognostic. Si nous étudions les auteurs et les nombreuses observations consignées dans leurs ouvrages, nous aurons bientôt la preuve malheureuse que la péritonite laisse presque toujours peu d'espérance de guérison; toutefois, malgré les dangers auxquels elle expose les malades, le prognostic que le médecin portera doit varier suivant la cause qui l'a produite, la violence des symptômes et la marche plus ou moins rapide de la maladie, suivant son état de simplicité ou de complication, son état aigu ou chronique, et beaucoup d'autres circonstances qui échappent trop souvent à nos faibles moyens d'investigation. Si nous examinons d'abord la nature des causes qui produisent la péritonite, nous trouverons qu'elles établissent de grandes différences dans le prognostic, suivant qu'elles frappent tel ou tel sujet, ou qu'elles sont légères, instantanées, peu durables, persistantes et plus graves. Nous devons aussi tenir compte des symptômes pour asseoir avec certitude notre jugement : ainsi des douleurs vives qui se développent tout à coup, une sensibilité excessive, la tension considérable et le météorisme du ventre, avec constipation opiniâtre ou diarrhée excessive; le délire, la circulation précipitée et convulsive, l'anxiété, l'altération profonde des traits, les soubresauts des tendons, indiqués déjà plusieurs fois; l'apparition de sueurs froides et abondantes, les syncopes, les vomissemens, le hoquet, un tremblement général, les paupières sillonnées de lignes bleuâtres avec obscurcissement des yeux, sont autant de circonstances qui doivent faire craindre une fin prochaine. Le médecin pourra, au contraire, porter un prognostic favorable lorsqu'une partie des symptômes que nous venons

de parcourir n'existe pas, lorsque la douleur est légère et peu étendue, lorsque le pouls perd de sa fréquence et revient à son état normal; si l'altération du visage, enfin, disparaît avec les vomissemens, la constipation, le météorisme et la tension du ventre. Dans certains cas, rares, la marche de la péritonite est tellement rapide, qu'elle devient mortelle en quelques heures; d'autres fois ce n'est qu'au bout de trois ou quatre jours. Nous devons dire encore que cette cruelle maladie est d'autant plus grave qu'elle s'éloigne davantage de l'état de simplicité pour s'associer à d'autres phlegmasies : certaines complications sont en effet si redoutables, qu'elles seules compromettraient la vie du malade. La péritonite est en général bien plus à craindre lorsqu'elle existe depuis plusieurs jours; si, au contraire, le médecin est appelé dès l'invasion, et qu'il ait affaire à un sujet jeune, vigoureux, peu accessible aux peines morales et plein d'espérances; si d'ailleurs la maladie ne présente aucun phénomène sympathique remarquable, le prognostic sera favorable, car une médication prompte et énergique doit, le plus souvent, arrêter ses progrès et la tuer sans retour. J'ajouterai que les dangers auxquels la péritonite expose les malades dépendent en grande partie de l'étendue de l'inflammation; elle est presque toujours au-dessus des ressources de l'art lorsqu'elle s'étend à une large surface, surtout chez la femme qui vient d'accoucher. Reconnaissons, avec *Levret*, que la péritonite puerpérale est d'autant plus dangereuse que son développement se rapproche davantage du moment de la parturition; elle doit être constamment mortelle lorsqu'elle se déclare avant les premières douleurs pour accoucher, et particulièrement lorsque la femme a une double grossesse. Le même prognostic existe lorsqu'elle survient après la perforation d'un viscère ou l'invagination d'un intestin; il sera, au contraire, plus favorable, si la péritonite est bornée et n'occupe que la région du colon; si elle avoisine quelques viscères importans, elle doit donner plus d'inquiétude; survient-elle à la suite d'une métastase, elle devient encore plus fâcheuse, si l'on ne parvient à rappeler la maladie première. La fréquence extrême du pouls est, suivant

Delaroche, du plus mauvais présage; il dit n'avoir jamais obtenu de guérison lorsque l'artère battait cent-trente fois par minute. Quoi qu'il en soit, la phlegmasie du péritoine se présente sous tant de formes, relativement à ses causes, ses complications, son intensité, etc., qu'il est toujours difficile de porter un prognostic certain avant le cinquième, le huitième ou dixième jour de la maladie, puisque c'est ordinairement à cette époque où nous pouvons reconnaître avec quelque certitude la marche qu'elle doit suivre et la terminaison qu'elle doit avoir.

Je m'arrêterai peu au prognostic de la péritonite chronique; il est toujours excessivement fâcheux, et ici, bien plus souvent que dans le mode aigu, toute la maladie ne consiste pas dans l'inflammation du péritoine, qui n'est en quelque sorte que la représentation d'une affection existant depuis plus ou moins long-temps, et dont les causes sont toujours en action; aussi entraîne-t-elle toujours après elle l'hydropisie ascite, l'épaississement et des dégénérescences de toute espèce du mésentère, des épiploons, et beaucoup d'autres désorganisations qui deviennent funestes pour le malade au bout d'un certain temps; néanmoins il existe des observations qui prouvent qu'elle peut guérir, mais alors sa chronicité a été reconnue de bonne heure, et de plus elle est simple, sans complication, sans épanchement considérable; et s'il existe de la fièvre, ce qui est le plus ordinaire, au moins vers le soir, elle ne s'accompagne pas de phénomènes hectiques.

Autopsie.

Les lésions organiques que l'on observe à l'ouverture des cadavres d'individus morts de péritonite sont infiniment variées; elles dépendent le plus souvent de la durée de la phlegmasie et de son genre de terminaison. Il est inutile de rappeler ici tout le soin que l'on doit mettre à les bien décrire : cette anatomie pathologique de l'organe est, en effet, d'une haute importance; car, en rapprochant les lésions des phénomènes observés pendant la vie, elles peuvent nous

conduire ensuite à reconnaître au lit des malades toutes les nuances de la péritonite, à mieux apprécier son degré de gravité, et à lui opposer un traitement plus heureux.

Lorsque la péritonite est sur-aiguë, et tellement intense qu'elle enlève le sujet qui en est atteint en ving-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, la séreuse ne présente souvent presque aucune trace d'altération, soit dans sa couleur, soit dans son organisation : le péritoine peut même paraître tout à fait intact; dans quelque cas on ne peut y constater qu'un peu de sécheresse. C'est par le rapprochement heureux de faits semblables que l'ingénieux et immortel *Bichat* nous a donné cette belle loi pathologique, qui nous apprend à ne pas toujours juger de l'état des tissus organiques après la mort, d'après le seul et unique témoignage des symptômes quelquefois fort graves observés pendant la vie du malade.

Les lésions, jusqu'ici difficiles à apprécier, se dessinent davantage lorsque la mort, moins subite, moins prompte, n'arrive qu'au troisième, quatrième ou cinquième jour; les intestins sont alors comme retirés et contractés sur eux-mêmes. Presque toujours les vaisseaux qui rampent sur la poitrine rougissent ; ils s'injectent surtout aux endroits où l'inflammation a été plus forte. Si l'on en croit plusieurs auteurs, il peut arriver encore que le sang s'échappe au moment où la vie vient de s'éteindre, en passant par des vaisseaux collatéraux. Pour mon compte, je n'ai jamais vu cette rougeur s'effacer complètement; et si plusieurs phlegmasies cutanées présentent assez souvent ce phénomène, il me paraît difficile qu'une injection disparaisse sans laisser aucune trace, toutes les fois qu'elle dépend d'une inflammation assez grave pour tuer le malade. Quoi qu'il en soit, s'il résiste plus long-temps à ses douleurs et à la gravité de son mal, l'injection, toujours visible alors, mais rarement uniforme et générale, présente de grandes différences ; tantôt elle est fort intense, et imprime au péritoine une couleur violacée; d'autrefois la rougeur se présente par des points, par de petites plaques très-multipliées, qui avoisinent ou qui entourent même entièrement des portions de la séreuse restées saines;

on la voit encore parcourue par des vaisseaux qu'on pourrait compter, et qui dessinent de nombreuses arborisations vasculaires. Le péritoine est aussi très-souvent recouvert de fausses membranes albumineuses, d'abord demi-liquides, prenant ensuite successivement plus de consistance : elles sont épaisses, opaques, légèrement élastiques, d'un aspect aréolaire, d'une odeur fade de matière animale. Plus tard elles s'amincissent, deviennent celluleuses, transparantes, s'organisent visiblement, et présentent des vaisseaux qui les parcourent dans tous les sens. On les voit quelquefois passer à l'état cellulo-fibreux.

Tout le monde a vu les adhérences plus ou moins étendues qui existent si souvent entre les intestins, les épiploons, les nombreux organes contenus dans l'abdomen et les parois de cette cavité. Ces adhérences, très-variées, sont toujours faciles à rompre lorsque la maladie a été promptement mortelle ; si l'on vient alors à les détruire, on y trouve des stries nombreuses d'un rouge inégalement prononcé. Lorsque la péritonite passe à l'état chronique, et n'entraîne que long-temps après la mort des malades, les adhérences, d'abord assez molles, prennent chaque jour plus de densité; elles offrent souvent une très-grande résistance, et se laissent difficilement allonger. On les a vu réunir les différentes portions intestinales, de manière à rappeler assez bien les circonvolutions du cerveau. On enlève ordinairement alors, avec la fausse membrane, la séreuse de l'intestin, de manière à mettre entièrement à découvert la membrane charnue. Dans quelques circonstances, les épiploons sont détruits en tout ou en partie par la suppuration ; d'autres fois, au contraire, ainsi que je l'ai déjà dit, leurs adhérences aux parties voisines gênent, suspendent, ou peuvent empêcher entièrement plusieurs fonctions : les malades sont aussi assez souvent obligés de conserver certaines positions pour ne pas éprouver de cruelles douleurs. Toutefois, ces brides, ces lames celluleuses organisées, soumises aux mouvemens continuels des organes, se relâchent le plus souvent, et s'allongent assez pour faire cesser tous les accidens.

Si nous étudions les épanchemens qui se forment dans le sac pé-

ritonéal, nous en trouverons un grand nombre. La péritonite a-t-elle été légère? ses produits sont liquides, clairs, peu consistans; ils peuvent alors être résorbés. Ce premier épanchement, dabord peu considérable, augmente en général avec l'intensité et la durée de la phlegmasie. Le liquide perd alors sa transparence, il devient plus épais, opaque, homogène; il prend une couleur jaunâtre ou blanchâtre; on y voit bientôt des flocons albumineux, des portions assez étendues de fausses membranes qui se sont détachées, et qui flottent dans le liquide fourni par le péritoine. Plus tard, la sérosité est boueuse, grisâtre, sanguinolente ou purulente, et d'une odeur désagréable. Dans quelques cas rares, il est vrai, l'épanchement est empêché par des adhérences générales. Toutefois, la couleur, la consistance, la quantité de ces collections varient presque à l'infini.

Chez les femmes en couches qui succombent à cette cruelle maladie, les épanchemens que nous décrivons sont presque constamment beaucoup plus considérables que chez l'homme, ce qui tient évidemment à un surcroît d'existence et de sympathie, concentrant, pendant toute la grossesse, vers l'abdomen, une fluxion qui y dirige sans cesse une grande masse de liquides. On rencontre souvent chez elle de petits abcès et des amas de sérosité dans le tissu de la matrice, les ligamens larges, les trompes, les ovaires. Souvent encore, la couche celluleuse qui unit le péritoine aux parois abdominales et aux viscères est distendue par un fluide gélatineux et une sérosité abondante qui s'infiltre dans ses mailles, de manière à isoler entièrement la séreuse; on peut alors apprécier parfaitement son peu d'épaisseur, et il n'est pas rare qu'elle perde assez de sa résistance naturelle pour devenir friable.

Parlerai-je de ces collections lactiformes dans lesquelles nagent des flocons blanchâtres qui ressemblent assez bien à du petit-lait qui n'aurait pas été clarifié? Je ne crois pas devoir m'y arrêter long-temps; il suffira d'indiquer rapidement le système de la déviation laiteuse, pour rappeler l'erreur grave dans laquelle sont tombés *Willis*, *Puzos*, *Levret*, *Doublet*, etc. Trompés par la couleur du liquide, ils attribuaient

sa présence dans la cavité péritonéale à une métastase laiteuse; ils faisaient venir de la même source la matière blanchâtre que plusieurs femmes rendent par les selles; leurs urines lactescentes semblaient encore appuyer et justifier leur opinion. On juge *à priori* combien cette erreur a dû faire de victimes, en donnant une direction essentiellement vicieuse au traitement énergique que nécessite cette phlegmasie. L'anatomie pathologique, depuis ces auteurs, a constaté un grand nombre de fois la ressemblance parfaite de ces mêmes épanchemens chez l'homme et chez la femme. Les expériences chimiques sont venues ensuite lever tous les doutes et confirmer cette première observation, soumise, en effet, à une analyse rigoureuse. Ces liquides n'ont jamais donné un seul des principes constitutifs du lait; ils ont toujours fourni de l'albumine présentant différens degrés de consistance. M. le professeur *Chaussier*, ayant répété les mêmes expériences, a chaque fois obtenu un résultat semblable; il a trouvé de plus, dans la matière de l'épanchement, un principe alkalin qui verdit avec assez d'énergie le sirop de violette. Le lait donne, au contraire, un principe acide qui le fait passer au rouge.

Je dois encore indiquer, avant de passer outre, la péritonite dite *hémorrhagique;* elle mérite d'être étudiée avec le plus grand soin. Les épanchemens de sang mêlés aux autres liquides que l'on trouve alors dans la cavité séreuse dépendent-ils de la dilatation plus grande des exhalans et du changement de cette sensibilité particulière qui leur est propre? La présence de cette grande quantité de sang dans les vaisseaux du péritoine ne serait-elle pas encore déterminée en partie par les douleurs très-vives des malades? La douleur seule suffit, en effet, pour appeler plus de liquide dans une partie; ainsi nous n'ignorons pas que l'hémorrhagie est toujours plus à craindre après l'opération de la taille, lorsque le malade a long-temps souffert avant d'être opéré. Je conçois très-bien encore que l'inflammation du péritoine entraînant la destruction du tissu cellulaire, peut produire, dans certaines circonstances, l'inflammation des vaisseaux de la partie enflammée et leur rupture. Je reste même convaincu que les hé-

morrhagies consécutives qui surviennent après nos grandes opérations sont dues très-souvent à cette inflammation, qui frappe d'abord le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux, pour arriver ensuite jusqu'à eux, et je rejeterais volontiers une partie des observations fournies par les auteurs qui n'ont attribué, par exemple, la chute de beaucoup de ligatures qu'à certaines dispositions cachées. Si je pouvais étendre ici cette digression, je trouverais encore plusieurs autres causes d'hémorrhagie, soit dans les dispositions convulsives du système musculaire, soit dans plusieurs affections rhumatismales qu'impriment aux parties affectées un état de phlegmasie latente qui donne à nos tissus en général, et aux artères en particulier, une frangibilité remarquable.

Si nous poursuivons l'examen des altérations du péritoine, nous le trouverons dans quelques cas couvert d'un millier de granulations rouges ou blanches, paraissant faire corps avec lui; elles sont ordinairement opaques, arrondies, plus ou moins irrégulières, se rapprochant assez du tubercule, et présentant une consistance remarquable. On a vu aussi à la suite de la péritonite chronique la séreuse et les fausses membranes présenter çà et là une teinte brunâtre; elles étaient dans quelques cas noires et comme charbonnées : le plan charnu de l'intestin participait quelquefois à cet état; d'autres fois ce sont des érosions qui rappellent très-bien les ulcérations de la peau. On a trouvé le grand épiploon entièrement flétri et ramassé le long de la grande courbure du ventricule. Je possède une observation où ce vaste repli séreux était mollasse, légèrement revenu sur lui-même, présentant assez bien la forme d'une rate irrégulière et allongée. *Ruisch*, *Rivière*, *Eller* et quelques autres, rapportent des exemples d'ossification des épiploons. Il est arrivé quelquefois que plusieurs portions du péritoine se sont transformées en une substance dure, sèche, comme cartilagineuse. Ce changement d'état s'observe surtout à la rate et au foie. Quelques auteurs ont cru que la membrane de nature fibreuse qui enveloppe ces deux organes en était

seule le siége : il est cependant certain que cette altération appartient souvent au péritoine. Un cas de cette nature fort remarquable a pu être étudié l'année dernière à l'hôpital de la Faculté : le sujet qui le présentait servit même aux démonstrations anatomiques; et le professeur *Cruveilhier* montra à ses nombreux élèves cette pièce pathologique. On peut rencontrer le tissu cellulaire sous-séreux à l'état lardacé ; d'autres fois il est boursouflé, inégalement épaissi, présentant une sorte d'ulcération. On trouve dans l'histoire des phlegmasies chroniques un développement fort extraordinaire de ce même tissu ; le mésentère était dégénéré et transformé en une masse jaunâtre qui conservait, après l'avoir enlevé, les empreintes intestinales. M. *Broussais* rapporte cette variété à l'influence pernicieuse du froid.

Rappelerons-nous encore, avant de déterminer, ces désorganisations si malheureuses où la gangrène a tout détruit : ici le péritoine cède et se déchire avec la plus grande facilité ; là, les viscères creux, perforés dans plusieurs endroits, laissent échapper dans la cavité séreuse les fluides et les matières variées qui y sont contenues ; plus loin, les graisses, les épiploons, réduits en putrilage ou gangrénés, frappent de mort toutes les parties qu'ils touchent. Chez une femme morte à la maternité de Nantes, après une péritonite des plus intenses, je trouvai, à l'ouverture de l'abdomen, un désordre général ; toute la membrane péritonéale était en suppuration, un grand nombre d'escharres gangréneuses déjà profondes se voyaient à sa surface. le grand épiploon, dont plusieurs portions détachées étaient tombées dans le petit bassin, où elles nageaient dans un pus horriblement fétide, présentait encore à droite une large adhérence criblée de trous et entourée d'un cercle noirâtre. Les organes voisins, la matrice en particulier, laissaient à la main une odeur gangréneuse très-prononcée. Je ne donne pas ici l'autopsie entière ; je renvoie à la thèse du docteur *Salle*, qui a trouvé l'observation assez remarquable pour la rapporter. Des désorganisations aussi étendues, et surtout les gan-

grènes du péritoine, sont fort rares. M. *Legouais* m'a dit n'avoir rencontré ces dernières que deux ou trois fois à la maternité de Paris, où il est resté plusieurs années.

En étudiant les altérations que laisse après elle la phlegmasie que je traite, mon intention n'a pas été de les indiquer toutes; dans cet essai, je ne devais relater que les plus importantes, autrement j'aurais été entraîné beaucoup trop loin. Si j'avais eu à faire une nosographie complète sur cette maladie, je sais encore qu'il m'eût fallu rechercher et décrire avec beaucoup de soin les autres lésions qui viennent compliquer la péritonite. Je ne puis ici que mentionner leur siége; ainsi la matrice, après l'accouchement, les autres organes de l'abdomen, l'arachnoïde, la plèvre, etc., nous en présentent un grand nombre; je renvoie, pour de plus longs développemens, aux auteurs recommandables qui nous en ont laissé de fidèles descriptions.

Traitement.

Les moyens prophylactiques de la péritonite consistent uniquement à se soustraire à l'influence des causes qui peuvent la produire, et à user avec sagesse des agens hygiéniques désignés par les noms de *circumfusa*, *applicata*, *ingesta*, *excreta*, *gesta* et *percepta*. Après l'examen attentif que nous avons fait des causes de la péritonite, il serait, je crois, superflu d'entrer dans de plus longs développemens. J'ajouterai seulement qu'une diète sévère doit être rigoureusement observée pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, toutes les fois que la femme n'est pas assez heureuse pour pouvoir nourrir son enfant : je me suis assuré plusieurs fois qu'on pouvait ainsi prévenir la fièvre qui précède la sécrétion du lait, et qui n'est bien souvent que le début de la phlegmasie qu'on redoute. S'il est impossible de pouvoir s'opposer à son développement, aussitôt qu'on aura pu reconnaître l'étendue et l'intensité de l'inflammation, on fera placer le lit

qui doit recevoir le malade dans un appartement vaste, bien exposé, et d'une température agréable. L'air qui y circule doit être parfaitement pur ; aussi est-il indispensable de le renouveler souvent, et même de le purifier, surtout dans les hôpitaux, où les femmes qui viennent d'accoucher sont réunies en grand nombre : chez elles, les sueurs et les lochies fournissent des émanations abondantes et fétides, et non-seulement cette atmosphère a une action délétère par elle-même, mais encore parce que ces émanations funestes diminuent l'air respirable. Si le poids des couvertures fatigue ou augmente les douleurs, elles seront légèrement écartées du corps. Il est important que les muscles abdominaux soient mis dans le relâchement ; pour y parvenir, on élevera la tête du malade, qui est couché en supination, les jambes seront maintenues fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur le bassin. Ainsi placé, on recommandera le repos et une immobilité absolue : ici tout s'explique. Le silence est encore de rigueur pour prévenir les grands mouvemens respiratoires. Les visites offrent rarement de l'avantage ; elles peuvent, au contraire, devenir fâcheuses : on ne recevra donc que peu de monde. Il faut encore garantir le sujet des excitans trop forts ; ainsi la lumière, le calorique, le froid, les sons, les odeurs, ont le plus souvent une action nuisible : entrons-nous dans une salle de malades avec un flambeau, nous les voyons lever aussitôt leurs draps, fermer les yeux ou détourner la tête pour ne pas l'apercevoir, etc. J'ai déjà fait pressentir que l'allaitement est un des moyens les plus certains pour prévenir la péritonite puerpérale. La direction du moral, enfin, est de la plus haute importance, puisque sa perversion, de quelque manière que ce soit, peut rappeler des accidens éteints, aggraver la maladie, et la rendre quelquefois mortelle. Le médecin devra donc et pourra souvent plus que tout autre éloigner les émotions vives de l'âme : ceci regarde surtout les femmes en couches, dont la mobilité nerveuse est plus que jamais exposée à recevoir des impressions funestes après l'accomplissement de cette importante fonction.

Traitement curatif. Je ne m'arrêterai point aux différentes méthodes de traitement plus ou moins dangereuses qui ont été mises successivement en usage par *Denman*, *Leak*, *Butter*, *Manning*, *Wash*, *Hulme*, *Withe*, *Hamilton*, *Kerkland*, etc., et, plus récemment encore, par *Bernard*. La plupart de ces médecins ont eu sur la nature de la péritonite des opinions erronées que nous devons oublier. Il suffira, dans ce dernier chapitre, d'examiner quelles sont les médications les plus rationnelles qui comptent aujourd'hui d'assez nombreux succès.

La gravité de la péritonite, les symptômes formidables qui la caractérisent, et sa marche rapide à l'état aigu, réclament un traitement prompt, énergique, habilement conduit, et essentiellement antiphlogistique. Les mêmes moyens ne seront cependant pas applicables à tous les cas, et l'on devra les modifier suivant les différentes périodes et l'ancienneté de la maladie, suivant ses complications, ses variétés, la nature des causes qui l'ont produite et la manière d'être des individus. Non-seulement nous devrons encore respecter les efforts organiques, mais nous trouverons souvent de l'avantage à les favoriser. Dans quelques cas, cependant, si certaines exhalations ou sécrétions devenaient trop fortes, on s'efforcera toujours de les modérer. Quoi qu'il en soit, après avoir éloigné tout ce qui pourrait entretenir ou augmenter la phlegmasie, l'indication la plus importance est de chercher à en obtenir la résolution. Pour arriver à cet heureux résultat, on ne doit pas craindre de tirer une grande quantité de sang lorsque l'inflammation est intense, suraiguë, qu'elle développe de nombreuses sympathies pathologiques, et lorsqu'elle frappe un individu fort, vigoureux, pléthorique, tourmenté d'une chaleur brûlante, d'une douleur atroce à l'abdomen, et dont le pouls présente de la dureté et beaucoup de fréquence. Cette première indication est capitale dans le traitement d'une maladie qui devient souvent mortelle dans vingt-quatre heures. Tous les bons observateurs en ont constaté la supériorité. Les sangsues, qui deviennent ensuite d'un grand secours, appliquées en

très-grand nombre aussitôt l'invasion, ne sauraient avoir le même avantage : les piqûres de ces vers, en appelant une irritation nouvelle, pourraient même, dans quelques cas, augmenter l'inflammation, si une ou plusieurs saignées générales abondantes ne venaient avant diminuer l'irritabilité du sujet et favoriser leur action. M. *Marjolin*, dans son excellent Cours de Pathologie externe, a cité plusieurs fois l'exemple d'une jeune dame atteinte de péritonite, qui fut traitée uniquement par les sangsues : trois ou quatre cents de ces animaux lui furent appliquées en fort peu de temps; elle allait chaque jour de mal en pis. Appelé auprès de la malade avec M. *Fouquet*, ils n'hésitèrent pas, malgré son extrême faiblesse, à pratiquer une saignée avec la lancette. Leurs espérances ne furent pas trompées, car presque aussitôt les douleurs diminuèrent avec les accidens. J'ai vu une péritonite très-aiguë céder, comme par enchantement, à une large saignée du bras qui s'était rouverte, et qui ne fut arrêtée qu'après avoir fait perdre une très-grande quantité de sang à la malade. Les Anglais assurent avoir fait avorter cette phlegmasie en saignant jusqu'à défaillance; ils ont, disent-ils, obtenu par ce moyen des succès extraordinaires. Chez les sujets qui ont beaucoup d'embonpoint, et qui présentent une couche épaisse de tissu cellulaire entre le péritoine et les tégumens du ventre, on insistera davantage encore sur les saignées générales, car les malades meurent presque toujours sans leur emploi. Ici l'on a beau appliquer des sangsues, elles n'ont presque aucun résultat, et ne dégorgent que très-difficilement les capillaires du tissu enflammé, à travers une barrière de graisse qui paralyse entièrement leur action dérivative. Dans quelques circonstances, le pouls paraît si faible que la phlébotomie semble être contr'indiquée; on ne s'en laissera cependant pas imposer par ce seul signe, car souvent l'excès même de la douleur peut arrêter le développement du cœur.

Malgré la supériorité incontestable que nous présentent les grandes évacuations sanguines faites dès le début de la péritonite, nous de-

vons reconnaître qu'il faut presque toujours leur associer la saignée locale, opérée par le moyen des sangsues. Son action a l'avantage d'être à la fois dérivative, spoliative, et d'agir plus directement sur le système capillaire abdominal. Elle offre en outre la facilité de pouvoir poursuivre la maladie et de s'en rendre maître à mesure qu'elle se renouvelle. Remarquons, d'ailleurs, qu'elle peut encore être employée lorsque le sujet est tellement faible, qu'il n'est plus possible d'ouvrir une veine sans s'exposer à voir à l'instant commencer l'agonie. Lorsque les douleurs viennent à disparaître pour se montrer de nouveau au même endroit, le lendemain ou deux jours après; on doit revenir aux sangsues, mais en plus petit nombre que la première fois; car il est d'observations que ces rechutes sont le plus souvent peu tenaces et fugitives. Toutefois, aussitôt qu'elles seront tombées, on lavera leur piqûre pour favoriser et entretenir plus longtemps l'écoulement du sang. Les cataplasmes, les bains de vapeur conduits sur les organes génitaux, et les saignées dérivatives faites vers le vagin après la suppression des lochies, diminuent le plus souvent la réaction du péritoine enflammé, en rappelant, comme après la cessation des règles, les fluides qui doivent dégager l'utérus. Ce traitement antiphlogistique local, ne sera jamais dirigé vers le petit bassin, près du périnée ou de la vulve chez les femmes atteintes de péritonite, qui portent en même temps des cancers de la matrice. Il est évident qu'en agissant autrement on s'exposerait à de nouvelles hémorrhagies, ou à augmenter l'afflux du sang vers l'organe malade. On pourra remplacer avec assez d'avantage les sangsues, quand elles viennent à manquer, par les ventouses scarifiées. *Gondret*, qui s'est beaucoup occupé de leur action, pense qu'elles peuvent agir à deux, trois et même quatre pouces de profondeur. Il assure qu'elles lui ont été plusieurs fois d'un grand secours dans la phlegmasie qui nous occupe.

Il est impossible d'indiquer, d'une manière certaine, la quantité de sang qu'il faut retirer pour triompher d'une péritonite. Cette

donnée est relative aux forces du malade, à la violence des symptômes, à l'âge, au sexe, enfin à mille autres circonstances que la sagesse du médecin reconnaîtra toujours. Je ne chercherai point aussi à déterminer rigoureusement l'époque où le traitement antiphlogistique ne peut plus être employé sans danger; mais il est évident que plusieurs auteurs sont allés trop loin en assurant qu'il ne convenait jamais après les vingt-quatre ou trente-six premières heures. Je crois, avec le plus grand nombre, qu'on ne doit les abandonner que lorsque la période inflammatoire a dépassé son maximum; lorsque la peau reste sèche et brûlante, le ventre ballonné, la face livide; lorsqu'il y a du délire, une faiblesse extrême, un relâchement des muscles, et surtout si l'épanchement est déjà formé. Ce n'est plus alors par les saignées que l'on parvient a chasser ce corps étranger et à triompher de la maladie; elle passerait, au contraire, presque aussitôt à l'état chronique; influencerait davantage l'organisme, en lui enlevant une partie de ses forces, et ferait succomber bien plus tôt la résistance vitale. Aux moyens indiqués ci-dessus, nous devrons joindre les fomentations émollientes chaudes : elles doivent être en général préférées aux cataplasmes, dont le poids augmente quelquefois les douleurs. Si cependant le malade peut les conserver, on ne les négligera pas et ils pourront concourir au traitement; mais, dans tous les cas, on aura l'attention de les renouveler souvent, autrement la fermentation acide s'établirait, et bien loin d'être émolliens, ils deviendraient répercussifs.

Les applications et aspersions froides ont été conseillées et mises en usage lorsque la soif était extrême, le malade robuste et la congestion considérable. *Van-Swiéten* est le premier qui ait regardé l'application de la glace, dans ce cas, comme un moyen antiphlogistique. Cette médication me paraît dangereuse, et doit amener souvent la gangrène. Je ne l'ai d'ailleurs pas vu employer; aussi je n'oserais jamais en conseiller l'usage.

Les bains chauds ont rarement l'utilité que quelques médecins leur attribuent. Je les ai vu employer assez souvent, et presque tou-

jours j'ai observé que leur action tournait au profit de la phlegmasie. Le poids du liquide, l'impression du froid, la position pénible que le malade est obligé de garder, enfin le déplacement qu'ils exigent, sont des motifs assez puissans pour les rejeter. En revanche, on aura recours aux bains de vapeurs, dont on retire de grands avantages. Les bains froids, ainsi que les fomentations glacées, sont des moyens incendiaires qu'il faut abandonner. Les lavemens avec les décoctions de guimauve, d'amidon, de graine de lin, de têtes de pavots, peuvent aider le traitement; mais, dans leur administration, on doit apporter le plus grand soin à ne pas déplacer le malade, et à n'injecter à la fois, dans le gros intestin, qu'une petite quantité de liquide. Dès l'invasion de la péritonite, la diète la plus sévère doit être observée; le malade est mis ensuite à l'usage des boissons mucilagineuses rafraîchissantes et légèrement diaphorétiques. On prescrit la limonade, le sirop d'orgeat, les décoctions d'orge, de chiendent, de graines de lin, auxquelles on joint quelques gouttes de laudanum, si des symptômes nerveux viennent s'ajouter à la maladie; mais on s'accorde généralement à ne faire usage des préparations opiacées qu'au déclin de la péritonite, lorsque la sensibilité persiste dans un des points du ventre. On donnera encore avec avantage les infusions nitrées de bourrache, de sureau, d'oranger ou de tilleul, agréablement édulcorées. Le sujet est quelquefois tellement irritable, que les boissons, prises même en petite quantité, sont rejetées par le vomissement. Il faut éviter, autant que possible, ces secousses violentes, en trompant la soif du malade, lorsqu'elle est impérieuse: on y parvient souvent en humectant les lèvres et la cavité buccale avec quelques tranches de citron. Si les vomissemens continuent toujours, on pourra les faire cesser en donnant des boissons acidulées ou le gaz acide carbonique.

Les mauvais effets qu'on a retirés des épispastiques appliqués sur le ventre dans l'acuité de la péritonite ne sont par propres à autoriser leur emploi. Plusieurs fois alors M. *Marjolin* a vu le péritoine

plus enflammé dans l'endroit correspondant au vésicatoire. Mais si la maladie est arrivée à sa seconde période, les vésicans remplissent fréquemment le but qu'on se propose. On en a retiré surtout de grands avantages dans la péritonite chronique, en les appliquant directement sur le siége du mal. Beaucoup de gastrites ont été aussi enlevées d'emblée. Ils peuvent encore être utiles au début même de la phlegmasie, lorsque l'infiltration des parois de l'abdomen a changé la correspondance sympathique de la surface de la peau avec le péritoine et les autres organes contenus dans cette cavité.

La surface du corps et les muqueuses conservent souvent beaucoup de sécheresse. On favorisera leurs sécrétions par des boissons légèrement chaudes et sudorifiques; on cherchera, en particulier, à appeler vers la peau une réaction assez forte par les bains de vapeurs, et par les agens propres à exciter la transpiration. En déplaçant la congestion fixée sur le péritoine, ces moyens deviennent très-énergiques, surtout si les saignées générales et locales ont déjà disposé l'organisme à réagir. Les autres révulsifs deviendront encore d'un grand secours: on s'efforcera donc d'établir des dérivations salutaires ; on provoquera avec sagesse l'augmentation de quelques sécrétions ; on aura une double raison de le faire, lorsque les efforts de la nature se portent vers tel ou tel point de l'organisme. C'est en aidant ainsi les forces conservatrices, qu'on pourra se rendre maître des causes qui tendent à concentrer sur la surface séreuse l'irritation pecante.

Les vomitifs, si vantés dans le dernier siècle, doivent presque toujours être dangereux. On ne saurait nous opposer, avec raison, les succès de *Doublet* et *Doulcet*, qui prodiguaient l'ipécacuanha : de nos jours, ils ne se sont pas soutenus. Et est-il possible de s'en étonner, lorsque l'observation a prouvé tant de fois que les efforts seuls du vomissement pouvaient devenir cause déterminante de la phlogose du péritoine? Je n'accorderais volontiers pas plus de confiance aux purgatifs. Quant aux drastiques conseillés par les Anglais,

je les rejette entièrement. Employés pour surmonter la constipation, ils n'y parviennent souvent pas, ou ils provoquent des diarrhées excessives, difficiles à arrêter, et qui hâtent la fin des malades. On fait, au contraire, bien plus sûrement cesser les constipations, même opiniâtres, en attaquant franchement la péritonite par les saignées, dont on peut cependant favoriser l'action, en donnant, après leur emploi, des lavemens huileux et de doux minoratifs. M. *Chaussier*, instruit par une longue expérience, et qui doit ici faire autorité, en obtient tous les jours des succès nombreux. Ce grand praticien emploie ordinairement l'huile de ricin et le sirop de chicorée ou de rhubarbe à parties égales. On peut substituer à ce mélange celui d'huile d'amandes douces et de fleurs de pêcher, etc. C'est particulièrement dans la péritonite puerpérale, et surtout pendant l'existence de plusieurs épidémies, que les bons effets des laxatifs ou de l'ipécacuanha ont pu être constatés. Je passe légèrement, à dessein, sur cette partie du traitement, qui m'inspire peu de confiance, et qui demande de la part du médecin beaucoup de prudence et de tact.

La péritonite peut présenter pour caractère une mobilité très-grande. Ainsi, on la voit passer d'un point à un autre, quelquefois fort éloigné. Elle peut même traverser le diaphragme, arriver à la plèvre, l'enflammer, et revenir se répéter dans quelques points de l'abdomen. Dans cette variété, il est évident que la maladie n'est pas essentiellement inflammatoire. Aussi, le plus souvent, les antiphlogistiques ne réussissent pas seuls dans ces inflammations composées, il faut y joindre les révulsifs peu irritans dirigés sur le canal intestinal, et décomposer l'excitant inconnu, en agissant sur les capillaires cutanés en même temps que sur ceux des voies digestives.

Les premières douleurs de la péritonite se développent quelquefois au moment même de l'accouchement. Cette circonstance, déjà fâcheuse, est rendue bien plus grave lorsque la femme porte deux enfans. L'inflammation devient en effet de plus en plus intense, et le travail organique qui se prépare est presque constamment perverti

ou suspendu. Il est impossible d'ignorer la gravité d'une semblable complication, qui est presque toujours un arrêt de mort, lorsqu'une prompte délivrance ne vient pas fournir au médecin les moyens extrêmes qui peuvent sauver la malade.

Lorsque la péritonite se termine par résolution, le médecin a peu de chose à faire; il doit seulement surveiller de près la maladie, et favoriser tous les mouvemens heureux qui tendraient à s'établir. Dans la terminaison par suppuration, le malade est voué à une mort presque certaine; plusieurs fois, cependant, le pus s'est fait jour au-dehors, et a procuré la guérison; aussi, me paraît-il indiqué d'imiter la nature, et de pratiquer l'opération de la paracenthèse aussitôt que la fluctuation devient sensible; enfin, si la phlegmasie passe à l'état chronique, après avoir mis en usage tous les moyens prophylactiques, on doit employer de puissans dérivatifs. Les sangsues, les rubéfians, les frictions mercurielles, les exutoires, les bains sous différentes formes, peuvent concourir au traitement, et amener une guérison qui n'est pas toujours au-dessus des ressources de l'art. Lorsque l'épanchement séreux augmente et devient considérable, on insiste sur les diurétiques. Si le liquide ne se résorbe pas, la ponction de l'abdomen, faite de bonne heure, peut encore être couronnée de succès.

Il me reste à examiner un moyen thérapeutique précieux, qui semble chaque jour mériter plus de confiance; je veux parler de l'emploi du mercure. *Armstrong* est le premier qui en ai fait usage dans le traitement de la péritonite, et déjà il en retirait de grands avantages.

Plus tard, le docteur *Vandenzande* a obtenu de ce médicament des cures merveilleuses. Enfin, depuis ce praticien recommandable, de nombreux succès, rapportés par plusieurs médecins célèbres, ne nous laissent aucun doute aujourd'hui sur sa supériorité, dans la thérapeutique d'une maladie trop souvent mortelle. Je ne chercherai

point à expliquer comment le mercure peut amener la guérison de la péritonite. Je ne trouverais dans l'opinion des auteurs qu'incertitude, ainsi que dans beaucoup d'autres explications ; et ici, par exemple, peut-on supposer avec vérité que son action est toute dérivative ? Quant au mode d'administration, on y aura recours conjointement avec les antiphlogistiques, aussitôt l'invasion de la phlegmasie. On donne alors à l'intérieur le proto-chlorure ou calomélas, à la dose de huit à dix grains par jour, et l'on fait avec beaucoup d'exactitude de longues frictions d'onguent mercuriel sur l'abdomen ou sur les cuisses. Je les ai vu administrer à la dose de deux gros chacune, et les répéter toutes les trois ou quatre heures. On doit augmenter les doses que j'indique, suivant la marche de la maladie, sans craindre jamais de les pousser trop loin ; mais, dans tous les cas, on continuera les mêmes moyens jusqu'à la disparition des symptômes morbides, qui diminuent presque constamment lorsque la salivation commence à s'établir. Il est vrai qu'elle ne se montre pas toujours ; mais, dans le cas contraire, lors même qu'elle est abondante, elle ne saurait inquiéter le malade, car elle s'arrête souvent d'elle-même, ou bien on la fait cesser facilement en donnant quelques gargarismes astringens. Si elle résistait davantage, on mettrait en usage le sulfure de chaux ou de potasse.

Tel est le traitement de la péritonite simple. Il ne m'appartient point d'indiquer les différentes modifications qu'on doit y apporter ; disons seulement que ces indications nouvelles deviendront d'autant plus difficiles, que les complications seront plus nombreuses ou plus graves, et qu'elles s'éloigneront davantage de la nature phlegmasique.

Je ne me cache pas l'imperfection de ce travail, qui demandait sans doute de plus grands développemens et des rapprochemens mieux étudiés ; mais outre les recherches nombreuses qui m'attendaient, j'aurais été entraîné au-delà des limites d'une simple disserta-

tion; il me fallait, d'ailleurs, un esprit d'observation que je ne puis pas avoir encore. Je me féliciterai toutefois, si je ne suis pas resté trop loin de la vérité, et j'ose dire que je n'ai rien négligé pour obtenir le suffrage de mes juges; heureux si, pour prix de mes efforts, j'obtiens d'eux le titre honorable que j'ambitionne.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Lassitudines sponte obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

IV.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.